

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 novembre 2016

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges  
Greffière : Mme Blanc

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, avocat  
à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 5 PA ; 16 LPGA ; 28, 28a, 57a LAI et 27bis RAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né le [...], a déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 17 mai 2012. Elle indiquait être femme au foyer depuis son arrivée en Suisse en 1995 et souffrir de « Hernie discale C6 C7 gauche, avec conflit C7, Fibromyalgie, insomnies, maux de tête chronique ».

Dans un rapport du 18 juin 2012 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée depuis 2012, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : cervico-brachialgie gauche sur hernie discale C6-C7 gauche depuis 2009, fibromyalgie depuis décembre 2011 et état dépressif réactionnel depuis 2011. Elle relevait que l'assurée, au bénéfice d'une formation d'économiste en W.\_\_\_\_\_, n'avait jamais effectué aucune activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse, que même les tâches ménagères étaient difficiles à effectuer et qu'elle devait prendre des pauses. Elle précisait également que la douleur se manifestait sur tout le corps dès qu'il y avait une charge de travail importante, ne serait-ce que si elle faisait le ménage et le repassage dans la même journée. Elle décrivait une patiente épuisée psychiquement par des douleurs chroniques ainsi que physiquement.

Il ressort du rapport du 26 juin 2012 à l'OAI et du rapport de consultation du 27 mars 2012 adressé au Dr K.\_\_\_\_\_, que le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis avril 2012, a posé les diagnostics suivants, avec effets sur la capacité de travail de l'assurée : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.1), anxiété généralisée (F41.1) et syndrome douloureux fibromyalgique depuis 15 ans au moins. Il indiquait que l'assurée était fatiguée, qu'elle avait de la peine à se lever, présentait des troubles du sommeil de type endormissement et réveils fréquents, des ruminations, des idées

négatives, une anxiété constante avec idées tournant autour des maladies, des idées négatives, de la peine à tenir son ménage, des sentiments de culpabilité et d'incapacité, des troubles somatiques anxieux avec palpitations, vertiges, un retrait social, ainsi que des douleurs de type fibromyalgie. Il relevait également que les troubles psychiques entraînaient une incapacité à porter des charges physiques et à supporter le stress, avec de la fatigue, des troubles de la concentration et un apragmatisme se manifestant par des difficultés à commencer une activité. Elle éprouvait également des difficultés à se déplacer en raison de vertiges et les insomnies rendaient plus compliqué le maintien d'un rythme diurne/nocturne. Au regard de ce qui précède, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail de l'assurée à poursuivre son activité habituelle à 20-30%, à raison de quatre fois deux heures par jour dans la semaine. Il lui a proposé un antidépresseur et l'a invitée à participer au groupe de patients souffrant de douleurs chroniques à la H.\_\_\_\_\_.

Le 14 mai 2013, une collaboratrice de l'OAI a établi un rapport d'enquête économique sur le ménage, en vue d'établir les empêchements de l'assurée à exercer ses activités non lucratives habituelles. S'agissant des travaux ménagers habituels, il ressort de l'enquête, pour la catégorie « 8.1 Conduite du ménage » qu'un empêchement de 80% a été retenu correspondant à 24% d'invalidité après pondération, avec les précisions qu'avant l'atteinte l'assurée gérait toute seule son logement en tant que femme au foyer et qu'elle a perdu toute sa capacité de gérer la conduite de son ménage, que toutes les tâches étaient décidées au fur et à mesure, car elle ne savait jamais si elle aurait la force ou la motivation d'exécuter ce qu'elle avait prévu. A la catégorie « 8.2 Alimentation », un empêchement de 50% et une invalidité de 23.5% ont été retenus. Il était indiqué que l'assurée ne cuisinait qu'occasionnellement un repas complet et qu'elle privilégiait les salades déjà prêtes. L'assurée a également indiqué qu'ils ne recevaient plus d'amis et que leur réseau s'était considérablement réduit. Pour la catégorie « 8.3 Entretien du logement », un empêchement de 60% et une invalidité de 10.2% ont été retenus. L'assurée a expliqué à l'enquêtrice qu'elle n'avait plus envie de faire le ménage, qu'en raison de ses douleurs elle ne pouvait notamment pas

changer les draps de lit et fourre de duvets toute seule, qu'elle sollicitait l'aide son fils et pour certaines tâches pas trop fatigantes l'aide de son mari. A la catégorie « 8.4 Emplettes et courses diverses », l'enquêtrice a retenu 10% d'empêchement et 0.7% d'invalidité. Il ressortait notamment que la famille se rendait une fois par semaine faire des courses, le mari conduisant la voiture et le fils se chargeant de porter les courses à la voiture et à l'appartement au retour. S'agissant des paiements et services officiels, il était indiqué que le mari de l'assurée les gérait depuis toujours. Au point « 8.5 Lessive et entretien des vêtements », l'enquêtrice a retenu 40% d'empêchement et 4.4% d'invalidité. L'assurée indiquait que grâce à l'aide de son fils qui portait les corbeilles de linge, elle faisait des lessives toutes les deux semaines environ, mais qu'elle ne repassait presque plus rien. Elle a fait part à l'enquêtrice que cela était difficile pour elle de ne plus soigner comme avant le linge et que c'était ses limitations physiques qui l'empêchaient d'exécuter cette tâche. Au point « 8.6 Soin des enfants ou autres membres de la famille », un empêchement de 60% et une invalidité de 6% ont été retenus. L'assurée indiquait que, selon elle, son fils n'allait pas bien. Elle faisait également part de son sentiment de ne pas remplir correctement son rôle de mère, mais que - même si elle s'en sentait coupable - elle n'avait pas l'énergie de faire plus, qu'ils essaient de le soutenir scolairement avec son époux. S'agissant de son mari, elle expliquait qu'elle s'était sentie débordée lorsque ce dernier avait eu un AVC. Quant à la dernière catégorie « 8.7 Divers », un empêchement de 20% et une invalidité de 1% ont été retenus. L'assurée expliquait qu'elle n'arrivait pas à sortir leur chien, car il tirait trop sur la laisse et que, depuis 15 ans, elle n'avait plus pratiqué ses anciens loisirs comme l'arrangement floral et la peinture. Au regard de ce qui précède, l'enquêtrice a proposé de retenir un empêchement de 48.2% à exercer les travaux ménagers habituels, compte tenu de l'aide raisonnablement exigible de son fils ; elle précisait en outre qu'en raison de l'atteinte à la santé et des limitations fonctionnelles de son mari, ce dernier ne pouvait pas lui apporter de l'aide.

Dans un rapport du 4 avril 2014 à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans ses précédents rapports ainsi que la capacité de travail évaluée à 20-30%.

Afin de clarifier le droit de l'assurée aux prestations, l'OAI a mandaté la Dresse O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au P.\_\_\_\_\_. (ci-après : P.\_\_\_\_\_) pour réaliser une expertise médicale pluridisciplinaire. Le 7 janvier 2015, les experts ont envoyé à l'OAI leur rapport d'expertise faisant suite à l'examen de l'assurée du 19 septembre 2014. Les experts ont apprécié en ces termes le cas sous l'angle somatique :

« Selon les actes du dossier, l'histoire médicale de Mme S.\_\_\_\_\_ en Suisse remonte à la survenue d'une cervico-brachialgie selon C7 gauche en début d'année 2009, sur une hernie discale documentée au niveau C6-C7 gauche, en bonne corrélation radio-clinique. Mme avait consulté le Dr T.\_\_\_\_\_ qui retenait une indication opératoire, qui ne s'est pas confirmée par les neurochirurgiens au X.\_\_\_\_\_. Mme a bénéficié d'un traitement conservateur médicamenteux avec des anti-inflammatoires et des antalgiques de palier I à II, et des infiltrations péri-radiculaires, gestes invasifs dont elle a gardé le souvenir d'un cauchemar.

Notre anamnèse nous apprend que des douleurs sont bien antérieures, et sont apparues dans la nuque, la tête, et parfois même dans l'ensemble du corps des suites d'une chirurgie ophtalmique visant à corriger sa myopie, alors qu'elle était encore en W.\_\_\_\_\_, depuis 25 ans.

En 2011, elle a consulté le Dr D.\_\_\_\_\_, neurologue spécialiste FMH, pour la persistance de cervico-scapulo-brachialgies gauches. L'examen clinique était difficile, parasité par des réactions d'auto-limitations algiques, des lâchages. Un examen électrophysiologique de la racine C7 montrait une atteinte d'aspect séquellaire. Mme avait aussi effectué des lâchages moteurs lors du test, mais aucune atteinte algique n'était démontrée ni aucun syndrome sous-lésionnel médullaire. La hernie discale identifiée en 2009 n'expliquait pas la totalité du tableau clinique chez une dame qui exprimait une importante anxiété.

Mme a fréquemment changé de médecin généraliste. Elle a aussi été suivie par le Dr K.\_\_\_\_\_, au Centre de la Douleur de la H.\_\_\_\_\_ avec une approche multidisciplinaire tenant compte de sa souffrance globale. Une résistance thérapeutique était déjà installée, Mme ayant une prescription de multiples médicaments antalgiques simples, antalgiques de pallier II, myorelaxants. Une kinésiophobie était identifiée. Une approche psychiatrique a été suggérée d'abord en entretiens de groupe, puis Mme a bénéficié d'entretiens individuels auprès du Dr J.\_\_\_\_\_ afin d'évaluer l'impact des difficultés psycho-sociales sur les douleurs.

Son actuel médecin traitant depuis 2012, la Dresse V.\_\_\_\_\_ atteste d'un épuisement physique à la douleur dans un contexte de fibromyalgie. Une comorbidité psychique est reconnue du Dr

J. \_\_\_\_\_ qui retient une capacité de travail résiduelle dans ses activités ménagères de 20 à 30% avec une baisse de rendement.

Lors de l'enquête ménagère, on évalue une incapacité globale de ménagère de 48.2%. L'enquêtrice relate que le mari est handicapé des suites d'un AVC (Mme dit au contraire que son mari avait entièrement récupéré ce qui est confirmé par le médecin traitant).

Notre anamnèse nous fait retenir que le mari a fait un AVC transitoire sur un trouble du rythme cardiaque, qu'il a récupéré et qu'il est pris en charge sur le plan cardiaque. Il peut notamment conduire, faire du tennis avec son fils, sans que ses médecins ne lui aient donné de restriction quelconque.

Sur le plan de la médecine interne générale, on retient que Mme a subi peu après son arrivée en Suisse une cure d'un kyste sacro-coccygien. Il s'agissait d'un simple kyste cutané, sans atteinte plus profonde notamment vers la moelle épinière. Les suites ont été simples.

Elle a présenté des ménorragies et a subi l'ablation de polypes utérins en 2008. Il n'y a pas de notion de récurrence ni d'anémie. Mme porte un stérilet hormonal.

Mme dit être fragile des bronches en expliquant que sa mère est décédée d'un cancer du poumon. Mme s'est rendu à son chevet avec son fils encore petit. Son fils a développé une grave affection pulmonaire à ce moment-là. Mme garde une crainte des affections pulmonaires, mais aucune affection pulmonaire n'est identifiée chez elle.

Mme relate que parallèlement à ses douleurs qui n'ont fait que s'aggraver depuis 2009, son fils a développé des douleurs d'un genou sur une exostose unique et bénigne. Elle a consulté de nombreux spécialistes. Il ne peut plus faire la gymnastique à l'école mais a pu garder comme seule activité la pratique du tennis avec des cours réguliers et il joue régulièrement avec son père. Il souffre également d'une douleur chronique de la face depuis une agression subie par un autre enfant qui a occasionné une fracture de la pommette. Mme a aussi consulté de nombreux spécialistes pour cela. Le dernier ORL consulté a préconisé l'introduction d'un anti-dépresseur pour traiter son fils de cette douleur, ce qui est une nouvelle source de préoccupation pour Mme.

Mme évoque diverses plaintes, des insomnies, des céphalées (évoluant depuis son opération de la myopie, depuis ses 22 ans), des sensations de picotement cutanées qui l'obligent à se gratter fortement, ce qui lui procure des hématomes sous-cutanés, des « bleus ».

Nos examens cliniques somatiques montrent un bon état général avec un examen de médecine interne normal, chez une dame vive, souriante lors de l'anamnèse, présentant des sursauts et gémissements lors du status, de gestuelle prompte, centrée sur ses douleurs.

Nous confirmons des lésions de grattage avec des bleus, notamment sur ses cuisses.

Son hygiène corporelle est préservée (malgré les problèmes décrits dans le dossier pour prendre soin d'elle). On soulignera encore que pendant les entretiens (examen de médecine interne générale et de rhumatologie) qui ont duré plus d'une heure chacun, l'assurée n'a

démontré aucun problème à tenir sa position assise, elle ne change pas de position, elle ne grimace pas, même si elle raconte ses douleurs. Elle est très concentrée sur sa santé et se fait des soucis pour celle de son fils, ce qui semble occuper toute son attention.

Sur le plan rhumatologique, lors des tests de mobilisation de l'appareil locomoteur, nous retrouvons, comme lors de l'examen neurologique de 2012, des lâchages, mais aussi de vives contre-pulsions. La présence d'un lâchage suivi dans le même moment de l'examen d'une contre-pulsion sur les mêmes groupes musculaires où les lâchages ont été observés, agonistes et antagonistes, permet de déduire - au terme d'un long examen avec différentes répétitions que Mme ne présente pas de limitation d'amplitude articulaire ni de déficit de l'appareil locomoteur au sens « mécanique ». Elle est déconditionnée de manière globale, dans le contexte de l'importante kinésiophobie identifiée dès 2012 par le Dr K.\_\_\_\_\_. La kinésiophobie reste très importante, nous avons relevé un score de kinésiophobie de 64/68 selon Kori. Mme relate ne bouger ses bras qu'avec l'aide de son physiothérapeute.

Il n'y a pas, dans ce contexte d'hypotrophie musculaire globale et homogène, de signe d'amyotrophie segmentaire surajoutée, notamment en regard des muscles dépendant du myotome C7 à gauche.

Les parties molles sont le siège d'allodynie très marquée, associés aux sites habituels des points d'insertion de la fibromyalgie. Les points contrôle sont aussi fortement positifs témoignant d'une allodynie dépassant ce syndrome.

Sur le plan objectif on relève des nodosités d'Heberden débutantes des doigts, qui ne sont pas symptomatiques. Au plan radiologique, nous confirmons la présence d'une hernie discale C6-C7 à gauche, une rectitude cervicale, une cervicarthrose débutante étagée. L'IRM des hanches montre une sclérose du sourcil cotyloïdien et une ébauche de coxarthrose polaire supérieure, bilatérale, à la limite du significatif et ne justifiant pas le tableau clinique. Les clichés montrent par ailleurs une discarthrose modérée L4-L5 sans lésion congestive des plateaux vertébraux adjacents, image fréquente à l'âge de l'expertisée, et qui n'a pas de corrélation clinique évidente.

Nous retenons le diagnostic d'un trouble douloureux irréductible, sans substrat bien significatif qu'une hernie discale en C6-C7 gauche, visualisée sur une IRM en 2009, sans signe radiculaire actuel. Comme l'indiquait le Dr D.\_\_\_\_\_ en 2012, cette constatation radiologique ne s'associe plus du tout à un tableau d'une cervico-brachialgie spécifique. Au délai d'évolution de plus de 5 ans, nous ne constatons pas de tableau neurologique déficitaire ni de syndrome sous-lésionnel.

Les plaintes sont multiples au niveau systémique et répondent aux critères des manifestations diverses observées dans la fibromyalgie, dépassant en étendue des douleurs cette entité nosologique.

Un large diagnostic différentiel a été évalué.

Mme ne présente pas de signe d'altération de l'état général, pas de manifestation oculaire, cutanée, muqueuse, ou digestive pouvant accompagner un rhumatisme inflammatoire. Elle ne présente pas de critère ostéo-articulaire pour un rhumatisme inflammatoire.

Nous ne retrouvons pas de critère d'une maladie systémique évolutive.

Il n'y a pas d'état fébrile récurrent, ses divers médecins traitants qui ont fait des examens sanguins n'ont pas mis en évidence de dysendocrinopathie, de trouble de la formule sanguine, des fondions hépatiques ou rénales.

Je m'en suis assurée le 22.12.2014 auprès de la Dre V. \_\_\_\_\_ par un contact téléphonique que m'a autorisé votre assurée.

Il existe un alcoolisme chez son père. Mme dit ne pas boire régulièrement de l'alcool. Mis à part un certain érythème facial, une certaine nervosité, ses sursauts lors de l'examen clinique, nous n'avons pas d'autre stigmate qui orienterait vers une telle addiction.

Au plan somatique, nous ne retenons pas d'affection justifiant une incapacité de travail dans ses activités de ménagère, ni comme aide-comptable ou toute autre activité de bureau.

Il existe des signes d'une amplification des symptômes, en nombre, lors de l'examen somatique, surtout lors de l'examen de l'appareil locomoteur. Les symptômes de Waddell sont positifs à 5/5 et les signes aussi, à 5/5. L'importance du handicap évoqué n'est pas plausible au vu des diagnostics et de l'expérience clinique.

Mme allègue un état douloureux très intense nécessitant qu'elle prenne une importante médication, notamment l'ibuprofène, sans quoi elle nous a dit qu'elle ne pouvait pas se mouvoir.

Notre monitoring thérapeutique n'a pas montré de trace d'ibuprofène suggérant une compliance peut-être moins évidente que Mme ne le suggère, du moins au moment de notre expertise.

Cela fait pondérer quelque peu ses allégations dans ce contexte d'amplification des symptômes et de discordances.

Avant de parler d'une résistance thérapeutique j'ai suggéré à son médecin traitant de vérifier de temps à autre le monitoring thérapeutique de sa patiente. »

Puis, ils ont apprécié la situation sur le plan psychiatrique comme suit :

« Comme le souligne le psychiatre traitant, le tableau clinique est surtout constitué de manifestations anxieuses. Il s'agit d'une anxiété diffuse, chronique (elle dure depuis plusieurs années, peut-être une quinzaine d'années selon le psychiatre traitant), aux thèmes multiples (santé du fils, du mari, situation financière de la famille, etc.). La sémiologie anxieuse est subjective (ruminations soucieuses interminables, insomnie, symptômes physiques) mais aussi objective (lésions de grattage, agitation fébrile intermittente). Ce tableau atteint le degré d'un trouble anxieux spécifique, l'*anxiété généralisée*. Contrairement au psychiatre traitant, nous ne retenons pas le diagnostic de *personnalité anxieuse*, car ce diagnostic implique que le trouble anxieux soit la manifestation d'un trouble de la personnalité, en l'occurrence la *personnalité évitante*. Or il n'y a pas d'évidence que l'expertisée ait souffert de problèmes émotionnels et/ou relationnels à répétition depuis le début de l'âge adulte en

rapport avec un comportement évitant pathologique. Or il s'agit là d'un aspect cardinal du diagnostic de trouble de la personnalité.

Depuis quelques années, l'expertisée a adopté un comportement plutôt dépendant, mais ce comportement est intervenu bien après le début de l'âge adulte et il est probablement davantage à mettre sur le compte de facteurs socio-culturels que de facteurs psychopathologiques liés à une pathologie de la personnalité.

A côté du trouble anxieux, l'expertisée présente une sémiologie dépressive discrète, essentiellement subjective (baisse de l'humeur, de la motivation, de l'appétit, de l'estime de soi) et chronique car présente depuis au moins 2012, et probablement bien avant. Le syndrome somatique de la dépression est absent, et il n'y a pas de signes dépressifs objectifs francs : la tristesse observée est circonstancielle, il n'y a pas de ralentissement, pas d'altération de l'état général ou d'auto-négligence, ni culpabilité pathologique. Dans son rapport d'avril 2014 le Dr J. \_\_\_\_\_ indiquait que l'épisode dépressif qu'il avait observé en mars 2012 était en rémission. Il persiste actuellement un syndrome dépressif n'atteignant pas le degré d'un épisode dépressif, mais correspondant plutôt aux critères d'une dysthymie (trouble dépressif mineur mais chronique). Il n'y a pas d'évidence anamnétique ou documentée que, avant l'affection actuelle, l'expertisée ait présenté un ou des épisodes dépressifs caractérisé(s), séparé(s) par des périodes de rémission complète. Dès lors le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le psychiatre traitant ne se justifie pas.

Enfin le tableau clinique est caractérisé par des plaintes douloureuses diffuses sans grand substrat organique, dont la nature dépasse le cadre habituel d'une discartriose ou d'une fibromyalgie selon l'experte rhumatologue. Ces douleurs, qui motivent des consultations répétées, s'inscrivent dans un contexte de problèmes psycho-sociaux importants (problèmes de santé du fils et du mari, coupure du milieu culturel d'origine, situation financière catastrophique). Bien qu'on puisse s'interroger sur l'intensité réelle des douleurs au vu de l'absence de compliance aux traitements antalgiques proposés (cf. expertise somatique), la douleur est un phénomène purement subjectif, et la constellation décrite ci-dessus incite à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

En résumé nous retenons les diagnostics psychiatriques suivants: anxiété généralisée F41.1, dysthymie F341, syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4. »

Ils ont ensuite décrit les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée comme suit :

« Le trouble "anxiété généralisée" est une affection habituellement chronique, susceptible de décompensations aiguës temporaires, caractérisé par la présence d'un fonds anxieux permanent se traduisant par des ruminations soucieuses envahissantes (plusieurs heures par jour) accompagné de manifestations physiques diverses (tension intérieure, chaleur, insomnie, etc.) dont une traduction chez

l'expertisée est la présence de lésions de grattage importante. Ce cortège de manifestations peut diminuer l'énergie disponible du sujet qui en souffre, aussi bien sur le plan mental (troubles cognitifs par omniprésence des scénarios catastrophe) que physique (sommeil non réparateur). Chez l'expertisée, la baisse d'énergie est renforcée par la présence d'une dysthymie qui, elle aussi, limite l'énergie disponible, dans une moindre mesure. Il nous paraît raisonnable d'admettre que les manifestations anxieuses et dépressives chroniques diminuent suffisamment l'énergie disponible pour justifier une baisse de la capacité de travail de l'ordre de 40% au plus dans une activité professionnelle.

Dans les activités ménagères, où l'exigence de rendement est moindre que dans une activité professionnelle, nous estimons la baisse de capacité de travail à 30%.

Ces estimations sont basées sur l'état clinique actuel. Or celui-ci ne bénéficie pas d'un traitement optimal, puisque le taux plasmatique de duloxétine mesuré se situe nettement en dessous des taux efficaces. Or on peut attendre que le sérotoninergique puisse dans une certaine mesure diminuer l'intensité de la charge anxieuse.

Il conviendrait de réévaluer l'importance des limitations fonctionnelles une fois qu'il sera possible de juger du résultat d'un traitement réellement appliqué.

(...).

Au vu de l'état actuel, il y a une diminution modérée (40% au plus) de la capacité de travail dans une activité professionnelle, plus discrète (30%) de la capacité d'effectuer les tâches ménagères. Cette diminution est imputable aux troubles psychiques constatés.

En tenant compte de ces taux d'incapacité il n'y a pas lieu de retenir une baisse du rendement.

Il faut relever que l'état clinique actuel ne bénéficie pas d'un traitement médicamenteux optimal puisque le taux plasmatique de la duloxétine (et des antalgiques prescrits) se situe nettement en dessous des valeurs habituellement efficaces. La cause la plus probable de ce résultat est une mauvaise compliance, mais il revient au psychiatre traitant d'investiguer cet aspect.

(...)

## **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Au plan physique

Pas de limitation évidente.

Au plan psychique et mental

Surtout diminution de l'énergie disponible.

Au plan social

Mme présente un bon contact dans le réseau familial direct.

## **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

### **2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

Au plan physique

Ils ne devraient pas interférer avec sa capacité de ménagère, mère au foyer.

Au plan psychique

Actuellement, diminution de la capacité de travail de 40% au plus, de 30% dans l'activité ménagère. La situation devrait être réévaluée après application d'un traitement bien suivi.

## **2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Au plan physique

Totale.

Au plan psychique

Capacité de 60% en tout cas dans toute activité, de 70% dans l'activité de ménagère. La situation devrait être réévaluée après application d'un traitement bien suivi.

## **2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans attelle mesure (heures par jour) ?**

Au plan physique

Oui.

Au plan psychique

Oui

## **2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Au plan physique

Non pas sur le plan somatique.

Au plan psychiatre

Même réponse.

## **2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Au plan Physique

Pas au plan somatique.

Au plan psychique

Depuis mars 2012 selon le psychiatre traitant.

## **2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Au plan physique

Nous ne retrouvons pas d'incapacité somatique. Le médecin traitant sollicité pour cela avant l'expertise n'a pas reconnu d'incapacité. Mme est du reste plus régulièrement suivie au plan psychique que somatique où elle ne voit son médecin que deux fois/an.

Au plan psychique

La situation est restée plus ou moins stationnaire.

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Au plan psychique

Oui.

Dans un rapport du 22 janvier 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé de fixer la capacité de travail de l'assurée comme ménagère à 70% depuis mars 2012 en précisant comme limites fonctionnelles sentiment de fatigue, tristesse et anxiété.

Le 16 mars 2015, l'OAI a rendu un projet de décision octroyant à l'assurée un droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 en application d'un degré d'invalidité de 48.2%. Ce projet constatait que l'assurée présentait une atteinte à la santé sans interruption notable depuis le mois de mars 2012, que sans invalidité, elle aurait continué à s'occuper à 100% de ses travaux habituels de ménagère, dans lesquelles elle subissait des limitations de 48.2% selon l'enquête économique sur le ménage.

Par certificat médical du 15 avril 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté que, pour des raisons psychiatriques, l'incapacité de travail de l'assurée avait fluctué entre 70 et 80% depuis avril 2012 au moins et que dès lors la proposition de l'OAI de reconnaître 48.2% d'incapacité était à son avis contestable.

Le 16 avril 2016, l'assurée a formé opposition au projet de décision du 16 mars 2015 en faisant notamment valoir que les travaux de ménage étaient difficiles au vu de son état de santé et qu'une réadaptation était impossible. Elle sollicitait que l'OAI revoie sa décision et rectifie le degré d'invalidité à 70%.

Par courrier du 17 avril 2015, avant d'avoir reçu l'opposition susmentionnée, l'OAI a demandé à l'assurée si le courrier de contestation du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2015 devait être considérée comme une opposition ; ce qui a été confirmé par l'assurée.

L'OAI a demandé un nouvel avis au SMR au vu des éléments contenus dans l'opposition de l'assurée et du rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 15 avril 2015. Dans un rapport du 5 mai 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin au SMR s'est prononcé comme suit :

« L'unique atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail dans l'activité de référence est d'ordre psychiatrique. Les experts se sont prononcés sur l'exigibilité dans les tâches ménagères en page 40/54 de leur rapport d'expertise. La baisse de rendement/empêchements est estimée à 30%. L'enquête ménagère sur laquelle vous vous basez est datée du 16 mai 2013 et décrit la tenue d'un ménage constitué de l'assurée, de son mari âgé de [...] ans et d'un fils de [...] ans aux études. L'appartement de 4 pièces est situé au 1<sup>er</sup> étage avec les équipements électroménagers habituels. Le point 8.1 retient 80% d'empêchements alors que l'assuré n'a aucune diminution de sa force et que les douleurs justifiant la baisse de rendement ne sauraient être rattachées à l'anxiété généralisée et la dysthymie ; notre estimation est de 30%, similaire à celle des experts. Point 8.2 notre estimation est de 30% similaire à celle des experts. Point 8.3 en l'absence d'empêchements somatiques, notre estimation est de 30% similaire à celle des experts. Point 8.4 nous faisons nôtres l'appréciation de 10% d'empêchements retenue par l'enquêtrice. Point 8.5 lessive et entretien des vêtements : en l'absence d'empêchements somatiques, les empêchements ne sauraient dépasser 30%, une telle activité pouvant être répartie sur la semaine au gré de l'humeur de l'assurée. Pour le point 8.6 les empêchements ne sauraient être rattachés à l'anxiété généralisée et la dysthymie pour plus de 30%, estimation similaire à celle des experts. Point 8.7 nous suivons les conclusions de l'enquêtrice. Nous totalisons des empêchements à hauteur de 28,1 %. La différence d'empêchements entre l'enquête ménagère et l'appréciation médicale est de  $48,2 - 28,1 = 20,1\%$  ; il s'agit là d'empêchements annoncés par l'assurée ne prenant pas leurs racines dans la sphère médicale Les empêchements secondaires aux problèmes de santé entravant les activités ménagères de l'assurée sont de l'ordre de 28,1% ce qui est proche des 30% retenus dans l'expertise du 7 janvier 2015 et dans le rapport d'examen SMR du 22 janvier 2015.

Le Dr J. \_\_\_\_\_, psychiatre de l'assurée depuis avril 2012 nous rappelle son appréciation de l'exigibilité émise dans son rapport médical du 19 septembre 2012. Il n'annonce ni fait nouveau ni aggravation, centrant son argumentation sur la proposition de décision de l'OAI qui serait susceptible de souffrir d'une hypothétique marge d'erreur, argument qui n'est pas du domaine médical.

**Dans l'activité de ménagère, la capacité de travail exigible est donc de 70% dès 2012. »**

Après un réexamen du dossier, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 22 juillet 2015, annulant et remplaçant celui du 16 mars 2015. Il constatait qu'au regard de la jurisprudence, en présence de

troubles psychiques et en cas de divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations médicale, il y avait lieu de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'assuré rencontrait dans ses activités habituelles. Selon l'expertise médicale réalisée le 19 septembre 2014, les empêchements de l'assurée étaient de 30% et, en conséquence, l'OAI a retenu qu'avec un taux d'invalidité inférieur à 40%, elle n'avait pas le droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 24 septembre 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision du 22 juillet 2015 et rejeté la demande de l'assurée.

**B.** Le 26 octobre 2015, S.\_\_\_\_\_, représentée par son conseil, Me Jean-Pierre Bloch, a recouru contre la décision susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant principalement à son annulation et subsidiairement à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour un réexamen.

Par réponse du 15 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et confirmé sa position.

Dans sa réplique du 21 mars 2016, la recourante s'étonne qu'aucune baisse de rendement n'ait été retenue par les experts alors qu'une diminution de la capacité de travail tant professionnelle que ménagère a été diagnostiquée.

Par courrier du 11 août 2016, Me Bloch a transmis à la Cour de céans sa liste d'opérations.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 et 38 al. 3 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions formelles (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** La recourante soutient que l'OAI n'était pas en droit de revenir sur son premier projet de décision, du 16 mars 2016, qui prévoyait de lui allouer un quart de rente d'invalidité. Elle estime que l'OAI l'a encouragée à contester ce projet de décision contre ses propres intérêts et qu'il a profité de cette occasion pour remettre en cause son projet de décision. Elle invoque dans ce contexte une violation du principe de la confiance et de l'interdiction du déni de justice, sans véritablement préciser en quoi ces deux principes seraient violés.

Il ressort de la jurisprudence (TF I 524/03 du 16 décembre 2003 consid. 3, 9C\_115/2007 du 22 janvier 2008 consid. 5.2) qu'un projet de décision, correspondant à un préavis au sens de l'art. 57a LAI, ne peut être confondu avec une décision telle que définie à l'art. 5 PA (loi fédérale sur la procédure administrative ; RS 172.021). Par la notification d'un projet de décision, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se

prononcer sur les éléments retenus et la position de l'administration (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich, 3<sup>ème</sup> édition, n° 2 ss ad. art. 53 LPGA et les références). Aussi, dans ce cadre, les principes régissant la révision et la reconsidération d'une décision administrative ne sont pas applicables.

Au regard de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que l'OAI pouvait revenir sur son projet de décision du 16 mars 2015 sans que les conditions d'une révision ou d'une reconsidération soient données, et qu'il n'a violé ni le principe de la confiance, ni l'interdiction du déni de justice.

**3.** Sur le fond, le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**4. a)** Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**c)** Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une, il y a lieu d'évaluer l'invalidité en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI).

**d)** L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI).

**e)** Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux,

dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**b)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant,

l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**6. a)** Premièrement, il y a lieu de relever que l'OAI a constaté que, sans invalidité, la recourante aurait continué à se consacrer à ses activités ménagères habituelles et à l'éducation de son fils. Pour cette raison, il a appliqué la méthode « spécifique d'évaluation de l'invalidité » (cf. supra consid. 3c). A juste titre, la recourante n'a pas contesté le statut de personne sans activité lucrative retenu par l'OAI, ni le choix de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

**b)** La recourante a cependant contesté, implicitement au moins, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par les médecins du P.\_\_\_\_\_. Elle ne soulève toutefois aucun grief précis contre cette expertise et se contente de constater qu'elle est contredite par « les autres experts consultés en cours de procédure », en se référant, sur ce point, essentiellement à l'« expertise » établie par le Dr J.\_\_\_\_\_.

En l'espèce, l'expertise établie par le P.\_\_\_\_\_ remplit en tous points les critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 4). Dans la mesure où la recourante n'expose pas en quoi la valeur probante de l'expertise serait insuffisante, il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail,

sauf à préciser que les rapports du Dr J.\_\_\_\_\_, qui ne sont pas des expertises, n'ont qu'une valeur probante insuffisante pour remettre en cause les constatations du P.\_\_\_\_\_. D'une part, celles-ci reposent sur une évaluation pluridisciplinaire permettant de mieux prendre en considération l'ensemble des aspects somatiques et psychiques nécessaires à l'évolution de la capacité de travail exigible. D'autre part, elles sont notablement plus motivées que celles du Dr J.\_\_\_\_\_, qui ne convainc pas lorsqu'il atteste une incapacité de travail de 70 à 80% sans véritablement discuter la gravité des atteintes contestées, la compliance au traitement ni une éventuelle exagération des plaintes par sa patiente. On précisera, dans ce contexte, que la jurisprudence a précisé, postérieurement à l'expertise du P.\_\_\_\_\_, les critères permettant de déterminer la capacité de travail encore raisonnablement exigible d'un assuré atteint de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 141 V 281). Bien que l'expertise soit antérieure à cette nouvelle jurisprudence, les experts ont largement pris en considération les indicateurs auxquels se réfère désormais le tribunal fédéral. Leurs contestations conservent donc une pleine valeur probante.

**c)** Au surplus, par la suite, le SMR a repris en détail l'enquête économique au ménage en prenant en considération les constatations des experts. Le SMR a, dans l'ensemble, suivi les constatations des experts du P.\_\_\_\_\_. Ainsi, le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu que, pour la conduite du ménage (8.1), les travaux liés à l'alimentation (8.2), l'entretien du logement (8.3) et de la lessive et des vêtements (8.5), en l'absence d'empêchements somatiques, les empêchements ne sauraient dépasser 30%, car elle ne subissait aucune diminution de sa force et qu'elle avait la possibilité de répartir les tâches ménagères sur la semaine au gré de son humeur. Les experts du P.\_\_\_\_\_ retenaient également que dans les activités ménagères la baisse de la capacité de travail était de 30%. Cette estimation peut être suivie au vu des conclusions de l'expertise du P.\_\_\_\_\_ selon lesquelles, sur le plan somatique, les examens cliniques démontraient que la recourante avait un bon état général, qu'elle ne présentait pas de limitation d'amplitude articulaire ni de déficit de l'appareil locomoteur au sens « mécanique ». Les experts relevaient en

effet que la recourante subissait une baisse d'énergie due aux manifestations anxieuses et dépressives chroniques renforcées par la présence d'une dysthymie. S'agissant des travaux liés aux soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est rallié à l'estimation des experts du P. \_\_\_\_\_ en retenant un empêchement de 30%. Il estimait que les empêchements ne sauraient être rattachés à l'anxiété généralisée et la dysthymie. L'enquête ménagère retenait pour sa part un empêchement de 60% en raison du contexte familial et particulièrement des problèmes de santé du fils. Sur ce point, il y a lieu de suivre l'estimation du SMR et du P. \_\_\_\_\_. En effet, au moment de la décision litigieuse, le fils de la recourante - âgé de [...] ans ( [...] ans au moment de l'enquête ménagère) - aidait déjà de manière notable sa mère dans ses tâches ménagères (il cuisine, aide pour le ménage, la lessive, les courses, etc.). De plus, les experts du P. \_\_\_\_\_ ont constaté que l'époux de la recourante avait récupéré à la suite de son AVC. Dès lors, on ne saurait admettre un empêchement de 60% en raison du contexte familial et il convient de suivre l'estimation d'un empêchement de 30% telle que constatée par le SMR et le P. \_\_\_\_\_. De plus, ce taux correspond à celui retenu dans l'exercice des autres activités ménagères.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur les résultats de l'expertise du P. \_\_\_\_\_, laquelle concorde avec l'avis du Dr [...], retenant que les empêchements de la recourante dans ses activités habituelles étaient de 30% et qu'en conséquence elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

**7.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

**8. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les laisser à la charge de l'Etat, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire.

**b)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire (AJ15.045871), de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch, du 26 octobre 2015 au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'avocat précité a indiqué avoir consacré 8h45 à la défense de l'assurée dans la présente procédure. Ce temps apparaît toutefois comme excessif au vu de la nature et de la complexité de la cause. Particulièrement, on ne voit pas ce qui justifie l'envoi de dix-sept lettres au tribunal, à la recourante et à l'intimé pour 4h15 de travail étant précisé que Me Bloch a adressé cinq lettres à la Cour de céans (une lettre accompagnant le mémoire de recours, une lettre demandant l'envoi du dossier de l'intimé sous forme de disquette, une lettre restituant cette disquette, une lettre demandant une nouvelle prolongation de délai, la dernière étant une détermination de quelques lignes). Dans ce sens, il convient en définitive d'arrêter à 1'300 fr. l'indemnité de Me Bloch correspondant à environ 6 heures de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), montant auquel ont été ajoutés les débours réclamés par 100 fr. et la TVA au taux de 8%.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 24 septembre 2015 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'300 fr. (mille trois cents francs), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :